



# 1<sup>er</sup> Forum des Pratiques Professionnelles en MPR



## Parcours de soin: organisation et aspects médico-économiques. Place en MPR

Cordonnée par Francis Le Moine, Jacques Pélissier, Alain Yelnik  
et Alain Corvez.

Corum Montpellier le 6 mars 2013. Salle Barthès

### Concept de parcours de soin du patient.

- \* Le modèle de la MPR . Parcours de soin et filières. **A.Yelnik** (Paris), F. Lemoine (Vallauris).
- \* Description des séquences – Les conditions de son efficacité. **P. Calmels** (Saint Etienne)
- \* Efficacité du parcours de soin. Les ruptures (analyse, mécanismes et causes). **A Corvez** (ARS Languedoc Roussillon. Montpellier)

### Qualité des parcours de soins

- Efficacité sur l'état du patient. Fluidité du parcours. Quels indicateurs d'efficacité d'un parcours de soin ? **A. Desplanques** (HAS , Saint Denis)

### Quelques Exemples

- + AVC. **G Rode** (Lyon)
- + Blessé médullaire. **T Albert** (Paris), C Fattal (Montpellier)
- + Ligamentoplastie et Arthroplastie de Hanche. **P Ribinik** (Gonesse), P. Calmels (Saint Etienne), G de Korvin (Rennes)

### Aspects médico-économiques

- Les modèles possibles de financement. **B. Barrois** (Gonesse).
- Efficacité des parcours de soins , les gains possibles en SSR ou comment inscrire le SSR dans l'optimisation du parcours de soins. **M. Carzon** (Groupe UGECAM )
- Prado : le programme de retour à domicile de l'assurance maladie. **T Jan , B Delforge** (Cnamts)
- Le coût de la mauvaise prise en charge : méthode, résultats (inadéquation, retard, mauvaise qualité du contenu de soin, gestes inutiles et coûteux). Notion de dépense évitable. **C. Gay, H. Azoury** (DRCM Languedoc Roussillon, Montpellier)

Rapport de synthèse rédigé par Jacques Pélissier le 31/03/2013

# Abréviations

AVC = Accident Vasculaire Cérébral  
ATIH = Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation  
CAM = Conseiller de l'Assurance Maladie (PRADO)  
CIF = Classification Internationale du Fonctionnement  
CdARR = Catalogue des Actes en Rééducation et Réadaptation  
CsARR = Catalogue spécialisé des Actes en Rééducation et Réadaptation  
DAF = Dotation Annuelle Financière  
DGOS = Direction Générale de l'Organisation des Soins (Ministère de la Santé)  
DPI = Dossier Patient Informatisé  
DPP = Dossier Patient Partagé  
ENC = Etude Nationale de Coût  
GME = Groupes Médico Economiques  
HAD = Hospitalisation A Domicile  
HAS = Haute Autorité de Santé  
IDM = Infarctus du Myocarde  
MCO = Médecine, Chirurgie, Obstétrique (soins aigus)  
MDPH = Maison Départementale des Personnes Handicapées  
MIF = Mesure de l'Indépendance Fonctionnelle  
MIGAC = Missions d'Intérêt Général et Aide à la Contractualisation.  
MO = Médicaments onéreux et dispositifs médicaux  
MPR = Médecine Physique et de Réadaptation  
MS = Structures Médico-Sociales  
MSAP = mise sous accord préalable  
PMSI-SSR = Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information en Soins de Suite et de Réadaptation.  
PRADO = Programme de Retour Au Domicile (CNAMTS)  
SIIPS = Soins Infirmiers Individualisés à la Personnes Soigné  
SSR = Soins de Suite et de Réadaptation  
Sofcot = Société Française de Chirurgie Orthopédique

Le « parcours de soins en MPR » décrit de façon succincte et robuste (A.Yelnik, Sofmer et F. Lemoine Fedmer) quand, pourquoi et comment les patients doivent se voir proposer les compétences des professionnels de l'équipe de MPR autour de leurs projets de vie.

Ils décrivent pour chaque typologie de patients, les besoins, la place et les objectifs d'une prise en charge en MPR, les moyens humains et matériels nécessaires, leur chronologie ainsi que les résultats attendus. Ils sont basés sur la prise en compte de la sévérité des déficiences ainsi que des facteurs personnels et environnementaux selon le modèle de la Classification Internationale du Fonctionnement.

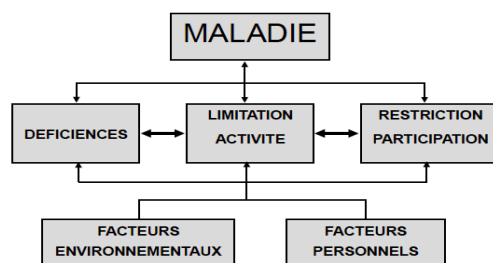
L'objectif est double:

- donner une vision claire du rôle de la MPR, de ses compétences et de ses objectifs, à chaque étape du parcours d'un patient,
- contribuer à l'élaboration d'une tarification adaptée aux activités en SSR par une approche qui ne soit pas uniquement « à l'acte ».



Performance, qualité et pertinence en SSR

Le modèle : la Classification Internationale Fonctionnement



O.M.S. 2001 – U.E. 2002 – R.F. Loi du 11/02/2005



Les « parcours de soins en MPR » sont proposés par la Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR), la Sofmer, pour et avec la fédération de MPR, la Fedmer.

Les parcours de soins sont, par besoin, des documents courts dans lesquels chacun, soignant et quelle que soit sa discipline et son mode d'exercice, responsable d'organisme producteur de soin, décideur et économiste de la santé peut trouver réponse à ses questions en terme de besoin et d'organisation du soin, et ce tout au long des étapes de la prise en charge du patient au sein des institutions comme au domicile.

Le concept de parcours de soins a été promu par la HAS (15 mai 2012) dans le but de développer une meilleure coordination des interventions professionnelles pour la prise en charge clinique des maladies chroniques.

*Dans quel contexte s'inscrivent-ils ? Comment en évaluer l'efficacité sur le patient et la performance médico-économique ? Quels sont-ils ? En quoi vont-ils charger l'organisation des soins ?*

Telles sont les questions posées par ce 1<sup>er</sup> Forum des Pratiques Professionnelles en MPR et auxquelles les intervenants ont tenté d'apporter des réponses actuelles sinon provisoires.

## Qu'est ce qu'un parcours de soin (P. Calmels, A Yelnik)

« Le bon patient, au bon endroit, au bon moment »

### 1. Le parcours de soins diffère du programme de soin.

Le parcours de soin se distingue du "programme de soins en MPR" (Union Européenne des Médecins Spécialistes l'UEMS et Syndicat des médecins MPR, le SYFMER) ; celui-ci est plus complet, décrit dans le détail l'organisation des soins offerts selon les différentes modalités évolutives, notamment médicales, en application des recommandations dans l'exercice de l'art, et est personnalisé par chaque équipe pouvant aller jusqu'à décrire des spécificités d'organisation locales.

Un parcours peut comporter plusieurs programmes.  
Le parcours de soins en MPR est, par besoin, un document plus court que le programme pour :  
comprendre les besoins des patients et l'offre de soins à mettre en œuvre,  
guider l'organisation et la tarification des soins.

## 2. Le parcours de soins diffère de la **filière de soin**

La **filière de soin** décrit un type de parcours pour une pathologie donnée et un patient standard ; en définissant de façon linéaire le parcours MCO-SSR-domicile elle définit l'offre de soin à mobiliser.

Le concept est réducteur, décrivant un trajet linéaire, alors que la réalité est une suite de séquences au grès des complications et événements pas toujours prévisibles ; le champ d'activité est très « sanitaire ».

D'autre part le concept de filière a ses limites et décrit une offre et une organisation de soin et non le besoin de soin, en associant soin de recours et soin de proximité, sans personnalisation du soin donc du projet de soin. Cela équivaut souvent à faire un état des lieux pour un territoire donné, à décrire une offre de soin sans introduire de gradation. Cette approche reste très théorique.

## 3. Le parcours de soin n'est pas le **réseau de soin**.

Il s'agit de structurer un partenariat professionnel en vue d'une efficacité de fonctionnement.

**Le réseau** définit l'offre de soins mais aussi l'accompagnement ; c'est la description du lien entre le sanitaire et le médico-social. Il s'inscrit sur un territoire avec le souci de la proximité et de la plus parfaite adaptation « écologique » au territoire.

Mais il est difficile à identifier les composantes de l'offre souvent mal définies, mal connues, mal réparties ; il y a des limites liées aux difficultés d'identification de l'offre, aux subtilités du fonctionnement ; il n'y a pas de valeur ajoutée car le plus souvent pas de moyens dédiés à la coordination et à la concertation.

## 4. Le **parcours de soin va au-delà**.

Le parcours de vie d'un patient n'est pas linéaire ; il alterne des épisodes aigus, avec des phases de quiescence des symptômes ou une lente et progressive évolution ; le parcours de soin du patient doit être fait appel à des structures MCO, SSR, Médico-Sociales de façon non linéaire avec des séjours au domicile nécessitant aides humaine et aménagement. Il s'en suit des séquences de soin et dans un contexte personnalisé.

Le parcours de soin du patient est décomposé en séquences chacune répondant à un besoin donné, à un moment donné et pour une durée (souvent) déterminée. Il n'est pas incompatible avec un réseau de partenariat professionnel voire une filière organisée mais il est de fait personnalisé.

Au total, DGOS, Rapport annuel de la Cour des comptes et Rapport parlementaire (Sénat) insistent sur la valeur du modèle parcours de soin.

Le parcours de soin n'est ni une filière, ni un réseau de soin ; il vise à répondre aux besoins de patient dans un parcours qui n'est pas linéaire mais fractionné en séquences de prise en charge. Il ne décrit pas dans le détail les programmes de soin, mais les moyens et la façon de les mettre en œuvre de façon coordonnée entre les différents acteurs à chaque séquence de la prise en charge.

## **Pourquoi le Parcours de soin en MPR ?** (A.Yelnik , G. Rode et F. Lemoine)

### 1. Le parcours de soins en MPR décrit a priori les **besoins des patients**.

Le parcours de soin en MPR s'intéresse donc à toutes les étapes de la prise en charge de l'instant initial de de l'accident ou de l'entrée dans la maladie jusqu'à la guérison ou la stabilité, sans omettre les séquelles ou les états chroniques et évolutifs ; il vise à satisfaire les besoins de la personne à toutes les étapes et au long cours en cas de handicaps persistants.

L'approche méthodologique ne se fait plus par pathologie mais par un système à deux entrées : la sévérité des déficiences motrices, cognitives, viscérales, psychologiques et les besoins qu'elles génèrent d'une part et le contexte personnel et environnemental dans lequel la personne évolue d'autre part, et ce selon le modèle de la Classification Internationale du Fonctionnement. Il ne crée pas d'exclusivité MPR. Il reste ouvert aux autres disciplines.

Pour chaque personne, il est bâti sur un pronostic établi et reconnu. Le parcours de soins en MPR s'appuie sur des **catégories** de patients regroupés sur la base de leurs besoins, **définies à priori** et fonction des conséquences de leur affection et leur environnement.

On distingue ainsi les parcours

- type 1 par catégories de patients selon la gravité des déficiences pour toutes les affections complexes (AVC, blessé médullaire, traumatisé crânien)
- type 2 par phases de soins après un acte simple, chirurgical le plus souvent, déclinées en deux situations selon la présence ou non de complexité médicale (complications ou terrain antérieur) (Coiffe des rotateurs, ligamentoplastie genou, PTH, PTG).

En préparation : chirurgie multisite chez enfant paralysé cérébral, SEP, lombalgies, amputés.

Le parcours de soin en MPR apporte un bénéfice au patient : il vise à positionner le patient « au bon endroit, au bon moment » ; il vise à l'équité des chances par rapport à la pathologie, à l'attente et au pronostic fonctionnel ; il vise à l'efficacité (à priori) des moyens mis en jeu, pour le résultat attendu, dans le contexte défini.

Le parcours de soin en MPR contribue à structurer l'offre de soin « post-aigu » car il est basé sur un concept – la CIF. Il modélise des situations cliniques réelles (pas des diagnostics) et introduit le niveau des connaissances reconnues (avis experts et données scientifiques, recommandations, circulaires). Il n'y a pas à ce jour d'autre modèle pour l'aval du MCO, ni pour le SSR, ni l'HAD, ni le MS. Son efficacité coût/bénéfice est à prouver.

## 2. Quelles sont les conditions de l'**efficacité** du parcours de soin en MPR.

Elles sont propres aux conditions cliniques ou à l'offre de soin.

Les **conditions cliniques** dépendent du type de pathologies, des conditions de survenue (brutale ou progressive) et des conséquences (avec ou sans entrée dans la chronicité, le handicap), du type de soin, de l'évolutivité du patient et de la nécessité de suivi. Le prescripteur qui introduit le patient dans le parcours y a un rôle déterminant ; cette responsabilité demande de sa part une saine analyse du pronostic médical du patient (complications, comorbidités, évolution peu favorable) et des éventuelles difficultés rencontrées en vue de sa réinsertion et de son retour au domicile.

L'**offre** dépend des structures de soin accessibles et de l'organisation qui prévaut dans la constitution des filières. Cela demande un nécessaire travail de coordination des structures entre elles et une identification de leur spécificité (qui fait quoi ?). La « fonctionnalité du territoire » est essentielle. Le coordinateur de territoire doit assurer « la juste fluidité » entre l'amont (orientation précoce / programmée ou non) et l'aval (pertinence séjour SSR, durée optimale).

*La faiblesse d'une chaîne est celle de son maillon le plus faible.* Le parcours de soin pour être efficace et répondre aux besoins des patients doit garantir Qualité, Sécurité et ....Proximité, trois objectifs pas toujours compatibles.

Le point faible est la toujours possible rupture (malades en inadéquation avec la structure ou bed-blocker) dont les causes sont identifiées : absence d'aval (MS) et source de financements insuffisamment réactives (MDPH) mais aussi isolement social, deuil de la fonction non fait, absence ou non coopération de la famille.

L'approche méthodologique du parcours de soin en MPR ne se fait plus par pathologie mais conformément à la Classification Internationale du Fonctionnement par un système à deux entrées : la sévérité des déficiences motrices, cognitives, viscérales, psychologiques et les besoins qu'elles génèrent d'une part et le contexte personnel et environnemental dans lequel la personne évolue d'autre part.

Pour chaque personne, il est bâti sur un pronostic établi et reconnu. Le parcours de soins en MPR s'appuie sur des catégories de patients regroupés sur la base de leurs besoins, définies à priori et fonction des conséquences de leur affection et leur environnement.

Le parcours de soin pour être efficace et répondre aux besoins des patients et garantir Qualité, Sécurité et ....Proximité, trois objectifs pas toujours compatibles.

# Description de l'activité de MPR en vue de son financement: le PMSI (B.

Barrois et A. Yelnik, Sofmer)

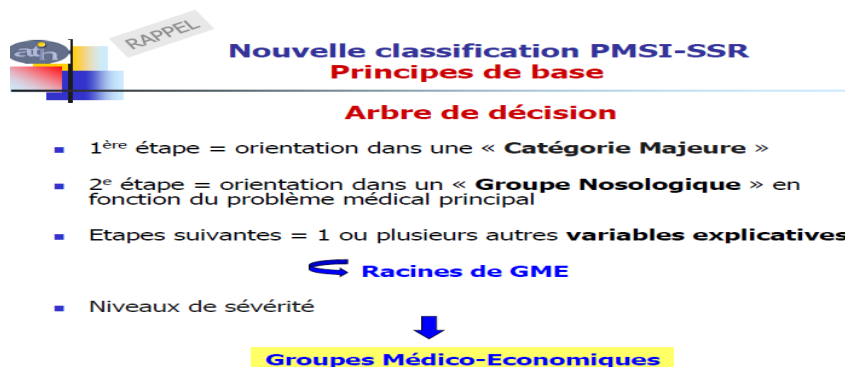
Aujourd'hui le PMSI-SSR renseigne 4 composants: Diagnostics + Age + Dépendance + Quantité de rééducation (Cdarr depuis 1997, aujourd'hui Csarr). Le groupage abouti à la répartition de GMD (Groupe de Morbidités Dominantes) aboutissant à l'attribution de points par l'Indicateur de Valorisation d'Activité (IVA) qui module pour chaque établissement la dotation annuelle (DAF).

La communauté médicale reste très critique vis-à-vis du PMSI : insuffisance de la description des patients car les GMD sont basés sur les diagnostics ; le séjour du patient est décrit a posteriori ; ce sont les moyens humains et matériels dont dispose la structure qui sont relevés et non les besoins du patient ; il est chronophage. Les projections montrent que l'indicateur de valorisation d'activités (IVA) n'est pas adapté car il tire vers le bas tous les tarifs sans pour autant décrire correctement les groupes de malades.

## 1. Quel financement demain ?

La T<sup>2</sup>A SSR sera appliquée en 2016 selon les objectifs de la DGOS : « financement adapté aux prises en charge onéreuses et aux missions spécifiques, intégration de la logique de parcours, financement innovant prenant en compte l'intensité et la durée des prises en charges et financement prenant en compte la qualité organisationnelle... ». Ainsi le modèle cible reste à 4 compartiments : Activité reposant sur le PMSI (tarifs), Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), Médicaments onéreux et dispositifs médicaux (MO), Plateaux Techniques.

La Classification des patients en Groupes Médico Economiques (GME) est le résultat d'un algorithme déclinant l'orientation dans une « Catégorie Majeure » (CM) puis en « Groupe Nosologique » (GN) en fonction du problème médical principal pour aboutir en fonction d'une ou plusieurs variables explicatives à une racine de Groupe Médico-Economique à partir duquel sera attribuée la ressource. Au total le système comprend 15 GM, 97 GN et 219 racines de GME.



Cette classification est le résultat des travaux statistiques de l'ATIH. Cependant lorsqu'on analyse les GME, un grand nombre de nos patients n'existent pas, tout simplement parce qu'ils ne sont pas assez nombreux dans les bases (ainsi pour les moins de 18 ans). La logique médicale n'est pas toujours présente ; ainsi tous les amputés quelle qu'en soit la cause constituent une seule catégorie. D'autres part la classification en 3 tranches d'âge 0-18ans, 19-74 ans et plus de 75 ans paraît trop simpliste.

Reste sa valorisation financière ; la base de proposition pour la modulation et pour la construction du modèle cible est l'ENC 2010 ! Or il est prévu d'utiliser non le CdARR mais le CsARR que seulement 10% des établissements utilisent à ce jour. Les valorisations moyennes publiées et accessibles sur le site de l'ATIH le sont avec des intervalles de confiance très large, trop large, ce qui introduira des biais. La profession médicale reste sur ses gardes et les fédérations restent globalement réticentes à ce mode de valorisation.

Selon la DGOS, la période intermédiaire s'étalera de 2013 à 2016 ; elle permettra de caler le modèle définitif, en tenant compte des dernières enquêtes ENC, Plateaux Techniques, MO et MIGAC 2012.

La T<sup>2</sup>A SSR sera bâtie sur les GME, donc via un algorithme de groupage de type MCO.

C'est en 2014 que le taux de modulation T<sup>2</sup>A SSR devrait devenir "significatif". Dès la campagne tarifaire 2013, le scénario de modulation pour les établissements SSR peut-être basé sur les GME.

*Cependant la Cour des Comptes a attiré l'attention dans son rapport annuel sur la nécessité d'une expérimentation préalable à sa diffusion du système GME.*

Dans ce contexte comment financer le parcours de soin. La question du financement du parcours global reste posée. Chaque séquence va faire l'objet d'un financement propre et pour ce qui concerne le SSR et donc la MPR

les composants du PMSI actuel semblent pertinents mais il manque la prise en compte des facteurs environnementaux et personnels (précarité?).

Au total, dans un paysage en mouvement, mais avec des flous persistants, il importe à la MPR d'être vigilante ; le temps est propice aux propositions par le biais de la société savante (Sofmer) et de la représentation de la MPR (Fedmer). Dans ce contexte les propositions cohérentes et réaliste de la Fedmer ont quelques chances d'être retenues. Il y a place pour un lobbying technique et politique.

## 2. Questions et perspectives.

*Comment appliquer cette logique à l'ensemble des patients du SSR ?*

Cette logique devrait pouvoir s'appliquer aux autres secteurs du SSR et en particulier le secteur gériatrique ; un rapprochement avec la SFG est en cours.

*Les catégories peuvent-elles décrire suffisamment les patients pour éviter le recours à une saisie d'actes de rééducation et autres indicateurs de dépendance ?*

La fine description des moyens à mobiliser a priori pour chaque catégorie pourrait dispenser du renseignement a posteriori des moyens mobilisés, sous réserve d'un consensus entre équipe soignante et financeur.

*Tarifification : au parcours, au programme (séquence de parcours)?*

La notion de parcours du patient découpé en diverse séquences intéresse les financeurs et alimente une réflexion pour un mode de financement plus proche de la réalité des coûts.

Crédibiliser une telle démarche innovante implique :

- Une réflexion sur l'efficacité et la sécurité du système donc à la définition d'indicateurs
- Un positionnement sur les moyens chiffrés nécessaires (matériel et sur tout humains) pour la mise en œuvre des parcours par catégorie de patient
- Un enrichissement du modèle à partir de tests grandeur nature

Cela semble intéresser la DGOS et l'ATIH.

Le financement du SSR par le recueil d'activité selon le modèle IVA sera remplacé par un autre modèle, la Classification des patients en Groupes Médico Economiques (GME).

La question du financement du parcours global reste posée. Chaque séquence va faire l'objet d'un financement propre et pour ce qui concerne le SSR et donc la MPR les composants du PMSI actuel semblent pertinents mais il manque la prise en compte des facteurs environnementaux et personnels (précarité?).

Dans un paysage en mouvement, mais avec des flous persistants, il importe à la MPR d'être vigilante ; le temps est propice aux propositions par le biais de la société savante (Sofmer) et de la représentation de la MPR (Fedmer). Dans ce contexte les propositions cohérentes et réaliste de la Fedmer ont quelques chances d'être retenues. Il y a place pour un lobbying technique et politique.

## L'Évaluation : les Indicateurs de l'HAS (A. Leperre-Desplanques, HAS)

Tout système de santé a une obligation de moyens sinon de résultats et se doit d'être évalué en termes d'efficacité et de sécurité. Le recueil d'indicateurs est le moyen le plus habituel de cette évaluation.

Historiquement les indicateurs ont surtout porté sur l'évaluation des processus ; mais le lien entre processus et résultats cliniques n'est pas toujours démontré, loin s'en faut. Aussi il est également pertinent d'évaluer ces résultats cliniques. En complément de l'évaluation de la fluidité ou du bien fondé d'une filière, il s'agit de chercher à évaluer la pertinence, l'efficacité du parcours d'un patient.

L'objectif de l'évaluation d'un parcours de prise en charge peut paraître ambitieux : prendre en compte tout le parcours et toutes les séquences, définir des indicateurs pertinents, consensuels et reconnus par tous qui prennent en compte **l'Efficacité, la Sécurité** et la problématique d'**Accès**, indicateurs qui soient possibles à recueillir et à mesurer. C'est un challenge difficile mais que la HAS a relevé avec les professionnels de santé, en choisissant de travailler sur 2 types de parcours :

- Soit linéaire a priori du fait même de la pathologie comme AVC, IDM.
- Soit complexe du fait des caractéristiques de la population comme les personnes âgées polymorbides (ou polydéficiences) ou lors de maladies chroniques (MC).

Il s'agit de proposer des outils d'évaluation (indicateurs) tout au long des parcours, comme il existe des recommandations de bonne pratique pour toutes les étapes des parcours.

*Il est essentiel dans chaque type de parcours, mais plus particulièrement dans les parcours complexes d'identifier les situations à risque.*

Actuellement l'analyse des parcours linéaires est la plus développée car d'abord plus simple. L'évaluation doit porter sur le résultat final, mais aussi sur le résultat de chaque séquence et sur l'enchaînement des séquences, car le résultat final est la conséquence de toutes les étapes précédentes. Si l'on veut pouvoir l'améliorer, il faut disposer d'une analyse des étapes clés préalables.

Les outils sont développés dans les 3 dimensions : Efficacité, Sécurité, Accès.

La réflexion doit associer les professionnels de santé, les experts méthodologiques mais aussi les patients autrement dits les personnes usagers du système de santé (démarche participative). L'analyse porte sur le parcours, c'est-à-dire les séquences qui s'enchaînent avec une identification de la performance des coordinations donc des éventuelles ruptures.

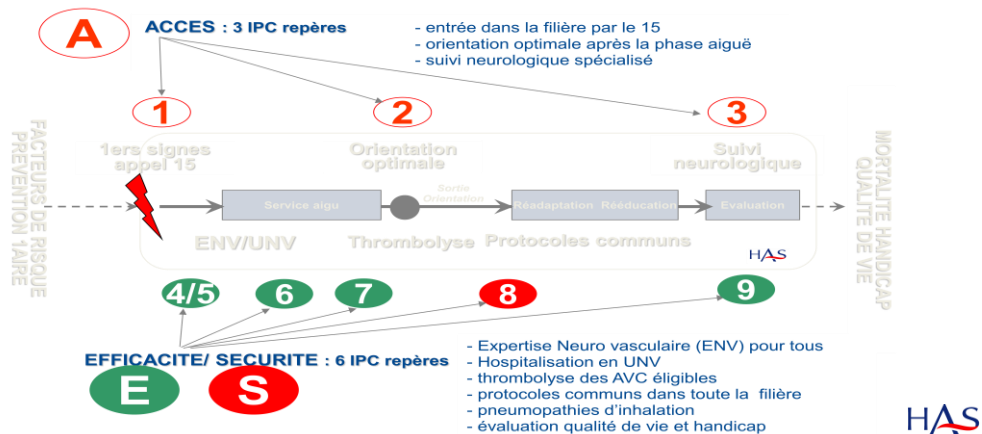


Actuellement des indicateurs ont été développés sur 2 types de parcours, l'IDM et l'AVC. Ces indicateurs sont de 3 types :

- Efficacité et performance : *Délai de prise en charge ; Proportion de résultats favorables / patients pris en charge ; Mortalité, Qualité de vie.*
- Sécurité = *Nombre d'évènements indésirables / population ciblée*
- Accès = *Proportion de patient effectivement pris en charge / nombre de patients éligibles à la prise en charge.*

Pour l'AVC, 41 indicateurs ont été identifiés et construits dans la démarche participative à laquelle la Sofmer a pris une part active ; 9 impliquent directement la MPR à la phase hospitalière aigüe, en phase de réadaptation

et au domicile lors du suivi du patient, 11 les acteurs de rééducation et de réadaptation (kinésithérapeutes, ergothérapeutes et orthophonistes). Parmi ces 41 indicateurs, 9 constituent les indicateurs repères : 3 pour l'Accès, 5 pour l'Efficacité et 1 pour la Sécurité.



Ces outils sont mis à disposition et chaque région peut s'en saisir et mesurer, quelle que soit son organisation, les indicateurs dans ces 3 dimensions (Efficacité, Sécurité, Accès), en fonction de ses choix propres. Ainsi pour l'AVC, suivi de l'ensemble des patients de la région présentant un AVC ou un IDM sous forme d'un registre de pratiques (cohorte) comme en Aquitaine, développement d'un dossier AVC informatisé et partagé avec inclusion des indicateurs comme en Franche-Comté.

A côté de ces 3 dimensions (Efficacité, Sécurité, Accès) peuvent être développés des indicateurs d'alerte ou de maîtrise pour certains parcours. Ainsi dans le parcours des patients atteints de la maladie d'Alzheimer (MA) ont été développés des Indicateurs d'Alerte en vue d'une mesure simple de repérage du risque par tous (taux d'exposition des MA aux neuroleptiques par exemple), et des Indicateurs de Maîtrise mesurant la maîtrise du risque par le prescripteur (taux de prescriptions de neuroleptiques confirmées et appropriées). Le couplage d'indicateurs Alerte/Maitrise, conçu avec les professionnels de santé, permet de sortir de la simple mesure souvent stigmatisante d'une situation à risque pour aller vers une réelle gestion de ce risque au bénéfice des patients.

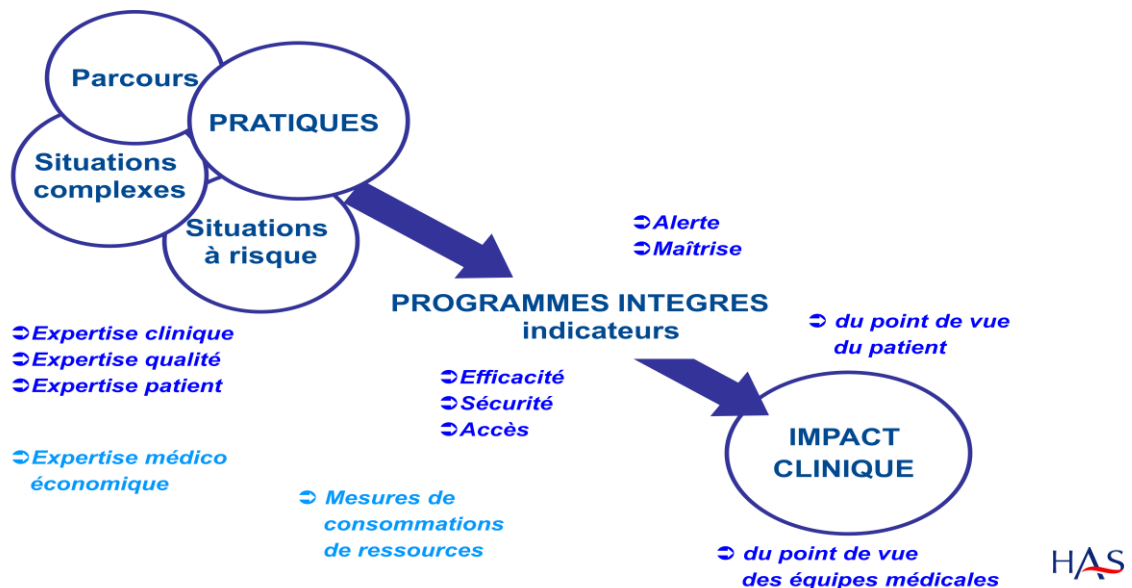
Il paraît aujourd'hui opportun de mesurer aussi l'expérience et les résultats cliniques vus par le patient (PREMS patient reported experience measures et PROMS patient reported outcome measures) ; Ces indicateurs se rapprochent par certains aspects subjectifs des enquêtes de satisfaction. Cependant, il est démontré dans la littérature que ces mesures par le patient de son vécu de la prise en charge permettent d'identifier des ruptures ou des dysfonctionnements non apparents pour les thérapeutes. Ils peuvent être source d'amélioration non seulement des processus mais également des résultats cliniques, comme cela est démontré pour l'IDM, avec une baisse des réhospitalisations et de la morbidité.

Comment articuler ces indicateurs cliniques et d'expérience patient avec l'efficience et une meilleure rentabilité sur le terrain ? A côté de ces indicateurs, il est possible de mesurer les coûts et donc de proposer des indicateurs médico-économiques ; cependant l'objectif ne peut être uniquement la réduction des coûts mais plutôt **l'optimisation du parcours pour un coût maîtrisé. Il s'agit donc de bien définir et mesurer le résultat clinique attendu, puis de regarder et d'optimiser la consommation de ressources pour y parvenir. C'est la notion de valeur (value) du parcours, rapport entre le résultat en terme de santé et de bien-être au numérateur et le coût du cycle de soin complet (parcours ou séquence de soin) au dénominateur, selon Porter de la Havard Business School.**

Il reste que le renseignement de ces indicateurs pose un problème en pratique quotidienne. Leur renseignement « au fil de l'eau » (de façon prospective) est le plus efficace pour fournir des tableaux de bord actualisés en permanence et transmis aux équipes qui améliorent naturellement leurs pratiques au vu des résultats. Cela impose d'inclure le renseignement de ces indicateurs dans le système d'information de la structure en rendant simultanés l'écriture du dossier patient (observations, prescriptions, données biologiques et d'imagerie) et le renseignement des indicateurs d'Efficacité, Sécurité, Accès. Le renseignement séparé est extrêmement chronophage, source d'erreur et difficilement praticable. La deuxième modalité de recueil de l'information est l'enquête « a posteriori » d'un échantillon de dossiers tirés au sort ; le renseignement du dossier est rarement exhaustif, le recueil est consommateur de ressources et le résultat est nécessairement différé. Un recueil par le dossier patient informatisé (DPI) serait désormais possible en institution à condition

d'intégrer les renseignements directs ou indirects (dédit des données renseignées) dans l'architecture du logiciel ; mais cette possibilité est limitée à la pratique institutionnelle. Il est à espérer que le dossier patient partagé (DPP), propre à chaque patient et accessible en ligne par celui-ci et tout praticien qui le prend en charge, pourrait, dans son évolution pouvoir combler cette lacune.

Au total, la démarche prospective d'évaluation qualité promue par la HAS n'est plus une évaluation des seules pratiques, ni une évaluation des process, mais désormais une évaluation des parcours de soin, certes aujourd'hui limitée à quelques pathologies (IDM, AVC...) mais qui vise à en évaluer l'efficacité, la sécurité et la facilité d'accès au soin, l'impact clinique en fonction de critères médicaux mais aussi en fonction de l'expérience du patient usager du système de santé ; le schéma joint résume cette méthode qualité proposée par la HAS.



L'évaluation optimale de la qualité d'un parcours de soin pour la HAS devrait prendre en compte tout le parcours et toutes les séquences jusqu'à un résultat clinique significatif et stabilisé, définir des indicateurs pertinents, consensuels et reconnus par tous qui prennent en compte l'Efficacité, la Sécurité et la problématique d'Accès, indicateurs qui soient possibles à recueillir et à mesurer. A côté de ces 3 dimensions (Efficacité, Sécurité, Accès) peuvent être développés des indicateurs d'alerte ou de maîtrise pour certains parcours et également des mesures de l'expérience que le sujet a de sa prise en charge.

Les indicateurs médico-économiques soutiennent des études de cout dont l'objectif ne peut être la seule réduction des coûts mais plutôt l'optimisation du parcours pour un cout maîtrisé ; c'est la notion de valeur du résultat, rapport entre le résultat en terme de santé et de bien-être/qualité de vie et le cout du cycle de soin (parcours ou séquence de soin).

Le renseignement de ces indicateurs en nombre limité devrait être organisé et inclus dans le dossier informatisé du patient ou le dossier médical partagé, pour rester faisable et non chronophage.

## Exemples de Parcours de Soins en MPR élaborés par la Sofmer

Ils ont donné lieu à publication dans la revue de la Sofmer : *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine* (voir Références) et sont consultables en ligne sur le site [www.sofmer.com](http://www.sofmer.com).

Nous ne les détaillerons pas.

Références dans le Numéro spécial des **Annals of Physical and Rehabilitation** 2012 ; 55 : 531-575

A. Yelnik, F. Le Moine, G. de Korvin, P.-A. Joseph  
Editorial. Care pathways and physical and rehabilitation medicine, an update.  
Les parcours de soins en médecine physique et de réadaptation, actualisation  
Annals of Physical and Rehabilitation 2012; 55: 531-532

P. Ribinik, F. Le Moine, G. de Korvin, E. Coudeyre, M. Genty, F. Rannou, A. Yelnik, P. Calmels  
Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) care pathways: "Patients after total knee arthroplasty"  
Parcours de soins en médecine physique et de réadaptation (MPR) : « le patient après prothèse totale de genou »  
Annals of Physical and Rehabilitation 2012; 55: 533-539

P. Ribinik, F. Le Moine, G. de Korvin, E. Coudeyre, M. Genty, F. Rannou, A. Yelnik, P. Calmels  
Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) care pathways: "Patients after total hip arthroplasty".  
Parcours de soins en médecine physique et de réadaptation (MPR) : « Le patient après prothèse totale de hanche »  
Annals of Physical and Rehabilitation 2012; 55: 540-545

P. Pradat-Diehl, P.-A. Joseph, F. Beuret-Blanquart, J. Luauté, F. Tasseau, O. Remy-Neris, P. Azouvi, J. Sengler, É. Bayen, A. Yelnik, J.-M. Mazaux  
Physical and rehabilitation medicine (PRM) care pathways: Adults with severe traumatic brain injury.  
Parcours de soins en MPR : « L'adulte après traumatisme crânien grave »  
Annals of Physical and Rehabilitation 2012; 55: 546-556

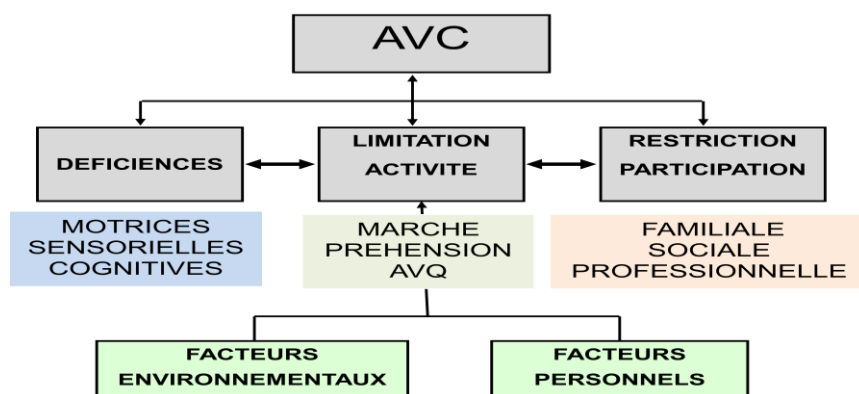
P. Ribinik, P. Calmels, P. Edouard, M. Genty, A.P. Yelnik  
Care pathways in physical and rehabilitation medicine (PRM): The patient after proximal humeral fracture and shoulder hemi-arthroplasty.  
Parcours de soins en médecine physique et de réadaptation (MPR) : le patient après fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus traitée par prothèse humérale  
Annals of Physical and Rehabilitation 2012; 55: 557-564

P. Edouard, P. Ribinik, P. Calmels, M. Dauty, M. Genty, A.-P. Yelnik  
Care pathways in physical and rehabilitation medicine (PRM): The patient after shoulder stabilization surgery  
Parcours de soins en médecine physique et de réadaptation (MPR) : patient bénéficiant d'une stabilisation chirurgicale de l'épaule pour instabilité  
Annals of Physical and Rehabilitation 2012; 55: 565-575

## **Participation de la Sofmer à la construction du modèle de tarification** (G.

Rode et B. Barrois Sofmer)

Le modèle de financement reposant sur les pathologies ne peut prendre en compte totalement les parcours de soin tels que la Sofmer le conçoit. La réflexion en cours entre les fédérations hospitalières et l'ATIH, auquel certains d'entre nous participent fournit l'occasion de réfléchir à un modèle plus conforme à la CIF. L'AVC peut constituer un bon modèle car il est relativement linéaire.



Le parcours de soin de l'AVC classe les patients en 4 catégories de déficiences croissantes :

Catégorie 1 : une seule déficience.

Catégorie 2 : plusieurs déficiences.

Catégorie 3 : Plusieurs déficiences dont au moins des troubles des fonctions cognitives et / ou troubles du comportement

Catégorie 4 : AVC gravissime.

Des facteurs de complexité sont à prendre en compte pour la qualité et la pertinence de la prise en charge :

A : Déficiences sans difficulté ajoutée.

B : Environnement matériel inadapté.

C : Inadaptation ou insuffisance du réseau médical.

D : Difficultés sociales et psychosociales.

E : Autre pathologie médicale avec impact fonctionnel.

F : Pathologie psychiatrique avec impact fonctionnel

Cette linéarité n'est cependant pas la règle ; la réinsertion dans des délais habituels devient difficile du fait de la faible récupération, de facteurs personnels et environnementaux. Plusieurs sources, dont le Rapport Annuel de la Cour des Comptes 2012 sur le SSR attestent que 10% des patients AVC restent des semaines, des mois en attente de sortie. Cela pose le problème de la pertinence du modèle actuel et à venir de classification des séjours qui ne prennent pas assez en compte :

- la dépendance physique et cognitive à l'origine de dépenses (infirmières et aides soignantes) qui est un facteur clé pour les admissions en SSR comme dans le calcul des effectifs cibles dans les services ;
- l'inadéquation des séjours en raison de facteurs sociaux et environnementaux ;
- l'amélioration des patients au cours de l'hospitalisation qui est le reflet de la performance.

Les patients trop dépendants, dont le potentiel de récupération apparaît limité lors des évaluations précoces (catégorie 4) sont refusés par trop de structures de SSR.

La Sofmer et son groupe de suivi AVC intervenant à la DGOS, participant aux travaux des fédérations hospitalières et de l'ATIH, propose une étude pilote sur le parcours AVC conformément au Plan AVC avec 4 objectifs : 1. Identification plus précise de la dépendance ; 2. Identification des facteurs personnels et environnementaux ; 3. Identification des impasses de sortie ; 4. Suivi de l'amélioration fonctionnelle.

Les critères peuvent être issus de la CIM 10 pour ce qui concerne la catégorisation des déficiences comme pour l'identification des facteurs de complexité en utilisant des codes Z adaptés (ex : Z63 difficultés sociales). Le patient en impasse de sortie peut être identifié par le code Z75.1 en attente de placement. En pratique ces codes sont peu utilisés car soit refusés par le groupeur ou réputés pénalisant en terme de valorisation financière. A côté de la dépendance évaluée par les 4 items physiques et les 2 items cognitifs dérivés de la MIF, on doit s'interroger sur la mesure de la charge en soins de base, soins techniques et soins relationnels produits dans les unités de soin ; ils ne sont pas pris en compte par le PMSI actuels contrairement à l'activité des plateaux techniques. Les Soins Infirmiers Individualisés à la Personnes Soigné (SIIPS) sont un bon outil de mesure bien que chronophage.

La Sofmer et le Fedmer envisagent, avec la collaboration de la FHF, de promouvoir une étude multicentrique évaluant plus précisément le poids de la prise en charge et intégrant désormais charge en soin en dehors du plateau technique, facteurs sociaux et environnementaux.

Le modèle de financement reposant sur les pathologies ne peut prendre en compte totalement les parcours de soin tels que la Sofmer le conçoit. La réflexion en cours fournit l'occasion de réfléchir à un modèle plus conforme à la CIF.

Le modèle de l'AVC est utile et ne peut être considéré comme strictement linéaire, découpé en séquences. La Sofmer et son groupe de suivi AVC intervenant à la DGOS, participant aux travaux des fédérations hospitalières et de l'ATIH, propose une étude pilote sur le parcours AVC conformément au Plan AVC avec 4 objectifs : 1. Identification plus précise de la dépendance ; 2. Identification des facteurs personnels et environnementaux ; 3. Identification des impasses de sortie ; 4. Suivi de l'amélioration fonctionnelle.

## Initiatives de la CNAM-TS (M. Carzon UGECAM, T. Jan et B Delforge CNAM-TS, H. Azoury et C Gay DRSM-LR))

Sur les 28 milliards € payés par l'Assurance Maladie en 2011 pour les « épisodes hospitaliers ponctuels », la chirurgie et les actes techniques représentent 56 % des dépenses dont 3,5 % pour les arthroplasties de hanche et 2.2% pour celles de genou. Pour cette dernière indication le cout du SSR était de 308 millions €. Les Recommandations HAS de janvier 2008 (Rééducation après arthroplastie de hanche et de genou, intervention sur genou ligamentaire, chirurgie de la coiffe des rotateurs) conduisaient à une plus large utilisation des soins ambulatoire et en particulier de la kinésithérapie chez les patients de moins de 75 ans, sans polymorbidité, sans problème social, aptes à rejoindre directement leur domicile. L'objectif de ces recommandations était une **aide à la décision** du médecin qui prescrit des soins de masso-kinésithérapie après chirurgie orthopédique, afin de lui permettre d'apprécier l'opportunité de recourir ou non, pour son patient, à une hospitalisation en SSR en vue de la réalisation de ces soins. Il était aussi de définir les **éléments de transmission** entre chirurgien et masseur-kinésithérapeute nécessaires à la mise en œuvre de la prise en charge de rééducation et de suivi du patient, quel que soit le lieu où s'effectue la rééducation. Ces recommandations étaient complétées par des séries de **critères de qualité** pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles.

Elles ont été largement diffusées aux membres de la Sofcot et de la Sofmer.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a introduit la **mise sous accord préalable (MSAP)** qui vise à:

- harmoniser les pratiques médicales en matière de rééducation post-opératoire au regard des recommandations de la HAS,
- de façon à aboutir à une meilleure adéquation entre l'état du patient et son hospitalisation en SSR,
- et à diminuer ainsi les hospitalisations non justifiées.

En 2010, l'évaluation du nombre de journées d'hospitalisation complète susceptibles d'être hors recommandations était de 1.2%. En 2012, après publication de la MSAP et sensibilisation des équipes médicales concernées, la campagne de MSAP sur 15 établissements n'a enregistré que quelques refus ponctuels.

En Languedoc –Roussillon, une enquête portant sur les patients en établissement SSR suite à une hospitalisation en rapport avec l'ensemble des actes ciblés par la MSAP (et non pas la seule arthroplastie de genou) sur la période étudiée (01/12/2011 au 31/03/2012) a été conduite à partir de la base de données de l'Assurance Maladie (ERASME). 2494 patients hospitalisés en MCO ont été étudiés parmi lesquels 483 pris en charge en SSR. La baisse du recours au SSR est de 1.31% mais avec un taux de recours au SSR de seulement 20% contre 31% au niveau national. Il semble que les recommandations étaient déjà entrer dans la pratique des chirurgiens prescripteurs de SSR avant la mise en route de la MSAP. Par contre le séjour en SSR de 3 à 4 semaines est suivi d'une rééducation ambulatoire de nombre de séances de kinésithérapie comparables avec celle des patients ne requérant pas le SSR ; ce point mérite d'être éclairci : chirurgie compliquée, patient plus âgé ?

La rééducation ambulatoire à partir du domicile au décours des interventions soumises à la MSAP est en première analyse moins couteuse que le séjour en SSR. Pour l'Assurance Maladie une rééducation en SSR représente en moyenne un coût de 4220 euros alors qu'en ambulatoire le coût est de 860 euros. Les rédacteurs du rapport (J Pélissier et F Le Moine) voudraient souligner que ce cout ne tient compte ni des déplacements du patient chez le kinésithérapeute, ni des aides humaines que l'état de celui-ci justifie dans les jours suivant l'intervention, ce qui contribue à réduire la différence. Néanmoins, par le confort qu'elle apporte, dans la mesure où la qualité de prise en charge et de la communication avec le chirurgien décrites dans les recommandations HAS est confirmée, la prise en charge ambulatoire est une excellente alternative par le confort qu'elle apporte au patient, dans la mesure où son état et son statut social le permettent. Dans le cas contraire, il est donc primordial que le patient soit immédiatement orienté dans la filière de soins la plus appropriée compte tenu de ses co-morbidités, de son environnement socio médical évitant ainsi une

réhospitalisation inappropriée en MCO. Le développement du parcours de soins s'inscrit dans cette démarche.

Pour favoriser ce retour au domicile dans les meilleures conditions, la CNAM-TS a promu le **programme d'accompagnement du retour au domicile (PRADO)**. Le but est d'optimiser le retour à domicile en suscitant les complémentarités et en évitant les hospitalisations inutiles. Le programme fait partie des objectifs de l'Assurance Maladie, inscrit dans la convention d'objectifs et de gestion signée avec l'État mais la meilleure preuve de la pertinence du programme reste son succès auprès des patients. Un *conseiller de l'Assurance Maladie (CAM)* est en interface entre le service hospitalier (MC-SSR) et les soins de ville, les structures d'aide au maintien au domicile ; il contacte les soignants libéraux comme les aides au domicile; c'est un facilitateur entre les professionnels de santé de ville et le patient pour son retour à domicile et n'intervient pas dans les décisions médicales. La prestation n'est pas à la charge des établissements et est prise en charge par l'Assurance Maladie. Le champ de la maternité a été lancé en 2010, puis généralisé en 2012 (8 000 adhésions pour le mois de janvier 2013 et un taux de satisfaction de 99%). Le champ de l'insuffisance cardiaque est expérimenté en 2013 tout comme le volet orthopédie, où la cible est constituée des interventions objets des Recommandations HAS de 2008 auxquelles se rajoute la suite de chirurgie pour fracture du col fémoral; le conseiller de l'Assurance Maladie propose l'adhésion au programme au sein de l'établissement aux patients opérés, jugés éligibles par l'équipe médicale et les met en relation avec l'infirmière et/ou le masseur-kinésithérapeute de leur choix et active les démarches d'aide à la vie. Le CAM vérifie que la 1<sup>ère</sup> visite de l'infirmière et que la 1<sup>ère</sup> séance de MK a bien eu lieu en appelant le patient et fait un bilan par téléphone de la mise en place du dispositif 15 jours après la sortie du patient. Le CAM est un interlocuteur *administratif* placé sous la responsabilité d'un médecin conseil du service médical du patient ainsi qu'un relais vers d'autres acteurs et pour toute question d'ordre médical, le patient est orienté vers son médecin traitant et/ou les PS qui le suivent. 21 établissements participent 2013 à ce programme et 275 patients sont inclus à la mi février 2013 ; le taux d'adhésion des patients est de 77% à ce jour. 82% des patients inclus se disent satisfaits. 94% des chirurgiens considère que PRADO est une valeur ajoutée pour le patient et 88% pour l'établissement. Les territoires ciblés pour l'extension ont été déterminés en fonction des volumes de patients et du taux de recours au SSR et le programme couvre 20 départements. Une intégration dans l'outil Trajectoire de gestion du SSR est prévue.

Au total, les objectifs de l'Assurance Maladie sont au niveau des structures de développer les alternatives et passer d'une conception centrée sur l'hospitalisation à une organisation centrée sur un plateau technique. Cela implique d'être coordonné avec les professionnels et les accompagner dans la mise en place de transversalité, le décloisonnement et l'accentuation des interfaces avec d'autres modalités alternatives (Hospitalisation incomplète, HAD, ...) et de s'inscrire dans une politique territoriale de parcours (par ex. : parcours personnes âgées, parcours AVC, ...) en s'appuyant sur la coordination du territoire.

Les objectifs de l'Assurance Maladie sont au niveau des structures de développer les alternatives et passer d'une conception centrée sur l'hospitalisation à une organisation centrée sur un plateau technique.

La MSAP qui intéresse les suites de chirurgie de hanche, de genou, d'épaule s'inscrit dans cette démarche et les premiers résultats montrent que les messages contenus dans les recommandations de janvier 2008 sont passés dans la pratique. Le programme d'accompagnement du retour au domicile (PRADO) initié par la CNAM-TS facilite le retour au domicile, réduisant les coûts d'hospitalisation. Cette nécessaire évolution implique une bonne coordination avec les professionnels et un accompagnement dans la mise en place de la transversalité, le décloisonnement et l'accentuation des interfaces avec d'autres modalités alternatives (Hospitalisation incomplète, HAD, ...), l'ensemble s'inscrivant dans une politique territoriale de parcours (par ex. : parcours personnes âgées, parcours AVC, ...) qui s'appuie sur la coordination du territoire.